

ADHESION ANNUELLE AU FOYER DES JEUNES DE DAMELEVIERES 2020

HORS VACANCES SCOLAIRES (ENTREE LIBRE)
LUNDI, MARDI, JEUDI, VENDREDI DE 16h A 18h
MERCREDI ET SAMEDI DE 14h A 18h
VENDREDI SOIR ET SAMEDI SOIR DE 20h A 22h30

ADOLESCENT(E)

Nom : Prénom :
Né(e) le : Sexe : F M
Age : Portable :

PERE-MERE-RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

| PERE | MERE |
|--------------------------------|--------------------------------|
| NOM | NOM |
| PRENOM | PRENOM |
| PROFESSION | PROFESSION |
| ADRESSE..... | ADRESSE..... |
| Pers | Pers |
| Port | Port |
| Prof | Prof |

Autorisations la publication des photos ou vidéo de mon enfant, prises par le foyer (*page Facebook, site de la ville, expositions, programmes...*) OUI... NON

MONTANT DE L'ADHESION 5 €

Une facture du trésor public vous sera envoyée à votre domicile.

Fait à Damelevières le2019

Signature des parents

FICHE SANITAIRE DE L'Adolescent



Nom :

Date naissance : N° de

portable :

Garçon

Fille

Taille : Poids : Groupe sanguin :

Responsables de l'Adolescent

Nom Prénom Nom Prénom

Adresse Adresse

Téléphone

Mère : Domicile portable travail

Adresse mail :

Père : Domicile portable travail

Adresse mail :

Assurances

N° Sécurité Sociale :

L'Adolescent est assuré par :

N° adhérent : Assurance :

Renseignements médicaux concernant l'Adolescent

Nom et téléphone du Médecin Traitant :

A-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole - Oreillons - Rougeole - Scarlatine - Coqueluche - Varicelle - Angine - Otite - Rhumatisme

Allergies

Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non

Alimentaires Oui Non Autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir avec une ordonnance médicale si traitement :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre:

.....

.....

Vaccinations

L'Adolescent est-il à jour dans ses vaccinations ? Oui Non Rappel à faire le :

Une copie du carnet de santé sera demandée parmi les pièces à fournir .

Informations complémentaires (à renseigner obligatoirement) :

L'Adolescent porte-t-il des : Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses ou Appareils dentaires

autres recommandations

.....

Traitement médical pendant la période

L'adolescent suit-il un traitement médical pendant la période ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'ado avec notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Merci de nous tenir régulièrement informé.

Autorisation Parentale

Nous, soussigné(e)s, responsables légaux de l'adolescent, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable de séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.